

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

Луд А.Н., Луд Л.Н., Шляхтунов Е.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Витебский областной клинический онкологический диспансер

За последнее десятилетие во всем мире отмечается стремительный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи (ЗНК). В некоторых странах эти показатели вышли на лидирующие позиции.

Так, по данным немецкого дерматологического общества, численность заболевших меланомой и раком кожи удваивается каждые 15 лет [7, 9]. Заболеваемость меланомой в Германии среди мужчин возросла с 38% в 1983 г. до 46% в 1993 г. [1, 8]. Заболеваемость раком кожи в Германии среди мужчин уступает только раку легких, среди женщин – раку молочной железы и составляет соответственно 93,4 и 55,8 на 100 000 населения [11].

Частота меланомы в Центральной Европе составляет 10 на 100 000 населения [10] и возрастает ежегодно на 3-7% [12]. В США в 1993 г. заболеваемость раком кожи составляла 232 на 100000 населения, а в Австралии, штат Квисленд – 4306 на 100 000 населения (оба пола) [11]. Такая же зависимость заболеваемости ЗНК от интенсивности солнечной радиации наблюдается и в России. По прогнозам американских дерматологов, в 2000 г. каждый из 75 американцев будет страдать злокачественной меланомой, тогда как в 1930 г. это соотношение составляло 1 на 1500 человек [10]. Несмотря на визуальную доступность ЗНК, высоким остается удельный вес запущенных форм рака кожи и меланомы у впервые обратившихся к врачам пациентов среди как взрослого, так и детского населения [1, 3].

В общей структуре онкологической заболеваемости в Республике Беларусь в 2002 г. рак кожи занимал первое место. В 1993 г. выявлено 2446, в 2002 г. – 4547 случаев заболевания. Интенсивный показатель заболеваемости раком кожи в 1993 г. составил 23,2, в 2002 г. – 45,7. За 10 лет заболеваемость увеличилась на 49% [6].

Меланома кожи составляет 1–4% в общей структуре злокачественных новообразований человека. В Республике Беларусь абсолютное число вновь выявленных заболеваний в 1993 г. составило 296, в 2002 г. – 463. Интенсивный показатель заболеваемости меланомой кожи составил в 1993 г. 2,9, в 2002 г. – 4,7.

На конец 2003 г. в структуре онкологической заболеваемости ЗНК занимали третье место у мужчин (после рака легкого и желудка) и второе – у женщин (после рака молочной железы) [2, 4, 5, 7].

В связи с отмечающейся в мире, в том числе и Беларуси, тенденцией к росту ЗНК актуален анализ динамики заболеваемости ЗНК, на основании которого можно получить представление о вероятных причинных факторах, обусловивших эту тенденцию, выделить группы риска развития ЗНК и рационально организовать противораковую борьбу.

Материалами послужили данные о больных с впервые установленным диагнозом опухоли кожи (медицинские документы: амбулаторные карты, стационарные истории болезни, извещения о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования (учетная форма N 090/У)).

Проанализировано данные о 6302 больных с впервые выявленным диагнозом ЗНК, находящихся на лечении в Витебском ОКОД и Полоцком ОД в период с 1995 по 2004 гг. Из них 5303 больных (84,14%) базально-клеточным раком кожи, 114 больных (1,81%) плоскоклеточным раком кожи и 615 пациентов (14,05%) с впервые выявленной меланомой кожи.

Отмечено, что динамика заболеваемости ЗНК имеет тенденцию к непрерывному росту. Ежегодно отмечается увеличение числа больных с впервые выявленным раком кожи со средним темпом роста 7,45% в год, меланомой – 9,67% в год.

Для выявления особенностей распространения ЗНК на территории Витебской области была изучена заболеваемость во всех городах и сельской местности. Заболеваемость базально-клеточным раком кожи и меланомой выше у городского населения, чем у сельского в 1,89 и 1,34 раза соответственно, напротив, плоскоклеточным раком кожи жители села болеют чаще в 1,3 раза, чем городские.

Наиболее высокий уровень заболеваемости раком кожи отмечен в городах Полоцке и Новополоцке, а также в близлежащих районах (Глубокском, Ушачском, Шарковщинском, Верхнедвинском). Наиболее высокие уровни заболеваемости меланомой кожи наблюдались в городах Витебске, Орше и Новополоцке, а также в Ушачском, Городокском, Глубокском, Шарковщинском, Сенненском и Лепельском районах.

Заболеваемость как базально-клеточным, так и плоскоклеточным раком кожи у мужчин и у женщин увеличивается прямо пропорционально возрасту, достигая максимальных показателей у лиц в возрасте 70 лет и старше, на долю старшей возрастной группы (лица

старше 40 лет) приходится 98% всех больных. В возрастных группах старше 55 лет женщины заболевают в среднем в 1,6 раза чаще, чем мужчины. Однако, начиная с 75 лет, частота возникновения рака кожи начинает постепенно убывать.

Наиболее часто меланома кожи, как у мужчин, так и у женщин, встречается в возрасте от 40 лет и старше. На возрастную группу больных меланомой кожи в возрасте до 40 лет приходится лишь 11% пациентов, на группу больных старше 40 лет - 89%. Соотношение больных мужчин и женщин, как в первой, так и во второй возрастной группе, сохраняется 1:2.

Кроме того, прослеживается определённая закономерность при анализе заболеваемости в зависимости от возраста у мужчин и женщин. Отмечается подъём заболеваемости меланомой кожи в 40-44 лет, как у мужчин, так и у женщин. Следующий подъём заболеваемости у мужчин имеет место в 50-54 лет и сохраняется на довольно высоком уровне до 74 лет. У женщин пики заболеваемости отмечаются в возрасте 60-64 и 70-74 лет.

Главным отличием плоскоклеточного рака кожи является его способность к метастазированию, в отличие от базалиомы, которой свойственен местно-деструктивный рост, а это, в свою очередь, отражается на качестве диагностики рака кожи, или стадии опухолевого процесса у впервые выявленных больных. Так, на долю больных с I и II стадией базально-клеточного рака приходится 98%, а для плоскоклеточного рака этот показатель составляет 75%.

Особое значение имеют данные, отражающие качество диагностики меланомы кожи, т.е. стадию опухолевого процесса у впервые выявленных больных. Основную массу представляют пациенты с I и II стадией заболевания - до 73%, однако, процент запущенных форм достаточно велик - 27% (III стадия - 19%, IV стадия - 8%).

Особый интерес представляет локализация первичного патологического очага. Следует отметить, что поражение правой и левой половины тела приблизительно одинаково для обеих нозологических форм. Зависимость локализации опухолевого очага от пола также отсутствует.

Наиболее часто базально-клеточный рак локализуется на коже головы и шеи – 86%, причем в 95,2% случаев поражается лицо (рис. 1). Излюбленная локализация – нос (25%), особенно крылья, кожа щек (21%), кожа век (16%), особенно нижнего, а также наружного и внутреннего угла глаза, лоб (11%), ухо (10%), височная область (9%). Остальные части лица поражаются одинаково часто, но не более 4%. На долю волосистой части головы приходится 4,8%, в основном очаг локализуется на коже затылочной области (64%).

Далее по частоте встречаемости базально-клеточного рака находится кожа туловища – 10%, затем кожа верхней и нижней конечности – 2,4% и 1,6% соответственно.

Следует отметить, что преобладают одиночные опухоли, хотя множественные встречаются в 5,5% случаев, а канцероматоз лица – в 2% случаев.

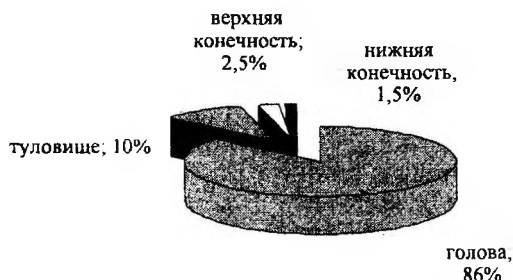


Рис 1 Локализация базально-клеточного рака кожи

Плоскоклеточный рак также чаще локализуется на коже головы и шеи, однако, в сравнении с базалиомой, существенно реже – 65% (рис. 2). В 93% случаев очаг располагается на коже лица. Эта опухоль поражает щеку (26%), довольно часто губы (24%), причем почти всегда это нижняя губа, в отличие от базалиомы, которая локализуется в основном на верхней губе, лоб (22%), нос и ухо – 16% и 12% соответственно. Волосистая часть головы поражается редко. Довольно большой является доля возникновения первичного патологического очага на коже верхней конечности – 18%, особенно часто поражается кисть. Кожа туловища и нижней конечности поражается в равной степени – 8% и 9% соответственно.



Рис 2. Локализация плоскоклеточного рака кожи

Меланома кожи представляет собой одну из наиболее злокачественных опухолей. Значительно чаще встречается у женщин - соотношение количества диагностированных меланом кожи у мужчин к таковому у женщин составляет 1:2.

Наиболее часто меланома локализуется на коже нижней конечности – 40%, на коже туловища – 28%, на голове – 17%, на верхней конечности – 15% (рис. 3).

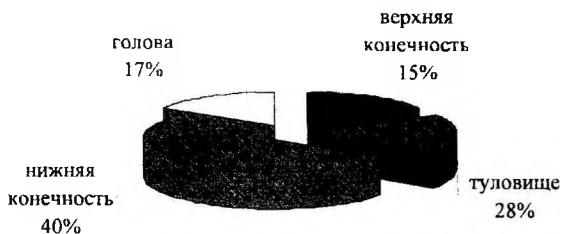


Рис 3. Локализация меланомы кожи.

Детальный анализ локализации меланомы на коже нижней конечности показал, что чаще патологический очаг располагается на голени – 46%, больше половины случаев (58%) приходится на нижнюю треть голени, а на верхнюю и среднюю трети - 19% и 23% соответственно. На коже стопы чаще всего меланома локализуется в области пятки – 41%, на долю пальцев приходится – 35%, причем чаще в патологический процесс вовлекается кожа 1-го и 2-го пальцев, реже 5-

ый и 4-ый пальцы. На подошвенной поверхности меланома встречается в 24% случаев.

В зависимости от пола больных имеются и различия в локализации (рис. 4,5) Так, например, у мужчин на первом месте по частоте локализации стоит кожа туловища – 45%, причём на долю спины приходится до 65%, причём, $\frac{1}{4}$ случаев приходится на верхнюю половину спины, а точнее, на лопаточную область. На втором месте нижняя конечность – 22%, голова и верхняя конечность – 19% и 14% соответственно.

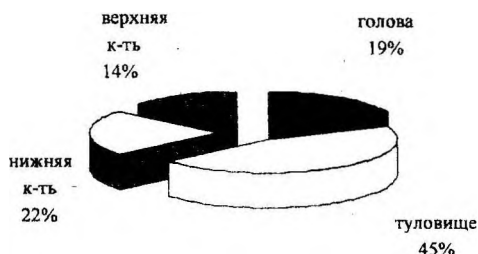


Рис. 4. Локализация меланомы кожи у мужчин

У женщин меланома чаще локализуется на коже нижней конечности – 49%, причём на долю голени приходится 41% случаев, из которых более чем в 60% опухоль располагается в нижней трети. На втором месте по частоте у женщин стоит кожа туловища – 19%, затем идёт голова – 17%, верхняя конечность – 15%.

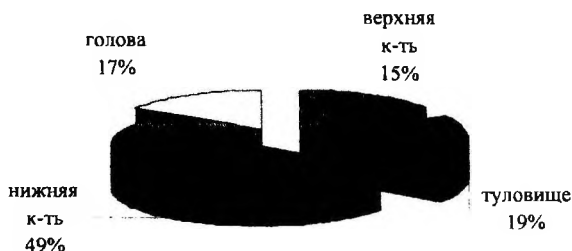


Рис. 5 Локализация меланомы кожи у женщин

У обоих полов в старшей возрастной группе (60 лет и старше) меланома локализуется преимущественно на коже головы: в частности на лице – 62,5% и в большинстве случаев это щека; 37,5% приходится на долю волосистой части головы, причём преобладает поражение кожи затылочной области. Вышеприведенные данные соответствуют республиканским [6].

Важно отметить и то, что в 7,5% случаев отмечается сочетание ЗНК и другой онкологической патологии. Особенно выражено это у больных базально-клеточным раком и меланомой кожи. Наиболее часто поражается желудочно-кишечный тракт (желудок, ректосигмовидный отдел толстой кишки), легкие, половые органы и молочные железы у женщин, предстательная железа у мужчин.

Таким образом, оценка динамики показателей заболеваемости ЗНК свидетельствует о росте числа впервые выявленных опухолей, как у мужчин, так и у женщин. Заболеваемость раком кожи, как у мужчин, так и у женщин увеличивается прямо пропорционально возрасту, достигая максимальных показателей у лиц 70 лет и старше. Меланоме, кроме того, свойственно поражение лиц молодого возраста. Базалиомой и меланомой чаще болеют городские жители, в отличие от плоскоклеточного рака, которым чаще заболевают сельские жители.

Литература:

- 1 Заридзе Д. Г., Мукерия А. Ф., Басиева Т. Х. и др. Роль некоторых эндогенных и экзогенных факторов в этиологии меланом кожи // *Вопр онкол.* — 1991. — Т 37 — № 11. — С. 1050—1053.
- 2 Курдина МИ. Активное выявление злокачественных новообразований кожи: Автореферат дис. ... д-ра мед. Наук. — М., 1993. — С. 28—30.
- 3 Напалков Н. П. Рак и демографический переход // *Вопросы онкологии* — 2004. — Т. 50. - № 2 — С. 127—144.
- 4 Римденков Г. В. Отдаленные результаты лечения больных меланомой кожи: Автореферат дис. ... канд. мед. наук. — Мн., 2004. — 30 с.
- 5 Трапезников Н. Н., Яворский В. В. Некоторые современные аспекты диагностики и лечения меланом кожи — М.: ВНИИМИ, 1972 — 111 с.
- 6 Фрадкин С. З., Залуцкий И. В. Клиническая онкология. Справ. пособие; — Мн.: Беларусь, 2003. — С. 196—204.
- 7 Фрадкин С. З., Жаврид Э. А. Опухоли кожи, мягких тканей и костей // *Справочник по хирургической онкологии (клиника, диагностика, лечение, техника хирургических вмешательств)* // Под ред Н. Н. Александрова — Мн. Беларусь, 1979. — С. 37—82.
- 8 Чисов В. И., Старинский В. В., Ременник Л. В. Заболеваемость злокачественными новообразованиями кожи и смертность от них населения России в 2005 г. М., 1996. — 247 с.
9. Alberti G. Noncommunicable diseases: tomorrow's pandemics // *Bull. WHO.* — 2001. — Vol. 79, № 10. — P. 907.

10. Reintgen D, Ross M., Bland IC Prevention and early detection of melanoma: a surgeon's perspective. *Semin Surg Oncol* 1993;9:3:174-187.
11. Scharf FM, Gabbic C. Disappearance of the ozone layer and cancer: attempt at risk assessment *Hautarzt* 1993;44 2:63-68.
12. Vosmik F. Malignant melanoma of the skin. Epidemiology risk factors, clinical diagnosis. *Cas Lek Cesk* 1996; 135:13:405-408.